La contrattazione sociale di prossimità per la non autosufficienza oltre l’emergenza

Perché l’infrastrutturazione del welfare territoriale conta

Alessandro Geria, Rosangela Lodigiani, | 19 maggio 2020

Cosa insegna l’emergenza sanitaria

Le persone più colpite dal Covid-19 sono state soprattutto le più fragili dal punto di vista della salute e deboli dal punto di vista economico e sociale, e fra queste in specie gli anziani e le persone con patologie croniche[note]Si vedano in proposito le analisi dell’Istituto superiore di sanità, www.iss.it.[/note]. Il mix tra comorbilità ed età è parso subito micidiale ed è divenuto particolarmente funesto, ciò non solo in Italia[note]Si veda la Dichiarazione alla stampa del dott. Hans Henri P. Kluge, direttore regionale dell'OMS per l'Europa **-** Copenaghen, 23 aprile 2020 secondo il quale fino alla metà dei decessi avvenuti in Europa hanno riguardato residenti in strutture di assistenza a lungo termine.[/note], nelle strutture residenziali per anziani, come la cronaca ha documentato con drammatica frequenza, le associazioni e le organizzazioni sindacali hanno denunciato e gli studiosi hanno analizzato[note]Crf. per es. Arlotti M. e Ranci C., 2020, *Un’emergenza nell’emergenza. Che cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese?,* welforum.it, 7 aprile 2020.[/note].

L’alternativa alla presa in carico ospedaliera si è rivelata insufficiente e ha messo a nudo le criticità del sistema territoriale della sanità, governato nel segno della riduzione dei costi piuttosto che della riorganizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per ampliare e diversificare l’offerta, in sistemi sanitari regionali molto differenti ma generalmente ancora orientati a un approccio “ospedalocentrico”. Si sono altresì evidenziate la persistente carenza dell’integrazione sociosanitaria che dovrebbe invece qualificare i rapporti tra i servizi sociali e quelli sanitari, nonché le lacune dell’assistenza domiciliare[note]Tutte criticità in larga misura pregresse, è bene non dimenticarlo. Cfr. Giarelli G., Giovannetti V., 2019, "Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea. Un’analisi comparata", FrancoAngeli, Milano, pp. 15-60; Fondazione GIMBE, 2019, *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.*[/note], entro un sistema di welfare quale quello italiano che continua ad essere, nel bene e nel male, a “trazione” familiare.

A queste criticità, non per caso, vanno aggiunte le ricadute dell’emergenza sanitaria sulle schiere di assistenti familiari che entrano nelle nostre case per prestare cura e assistenza ai soggetti malati, disabili, non-autosufficienti. Gli effetti sono stati immediati anzitutto sulla parte sommersa di un mercato parallelo che continua ad alimentare un “welfare invisibile”[note]Ambrosini M., 2020, *“Welfare invisibile”. L’effetto della crisi su colf, badanti, loro e nostre famiglie*, Avvenire 31 marzo, www.avvenire.it. Secondo le stime di Assidancolf nel 2019 erano impiegati presso le famiglie oltre due milioni di lavoratori, di cui circa un milione extracomunitari, e di cui oltre 800mila assunti regolarmente. Secondo i dati Inps, nel 2018 i lavoratori domestici contribuenti sono stati 859.233, per l’88% femmine.[/note]: perdita dell’impiego per una gran parte di lavoratrici e lavoratori, e quote di emersione dal nero. Ma anche quanti regolarmente assunti hanno subito contraccolpi negativi: sospensione dal lavoro per chi era impiegato ad ore, oppure, per chi impegnato nell’assistenza in convivenza, confinamento h24 7 giorni su 7 presso il domicilio dell’assistito, peraltro in carenza di dispositivi di protezione individuale. Tutti temi emblematicamente entrati tardi nel dibattito politico e nella normativa emanata d’urgenza.

In questo scenario almeno due sono le lezioni che emergono chiaramente.

In primo luogo, l’intero sistema della cura presso le famiglie va ripensato[note]Zanfrini L., 2020, *Non ci sono solo le RSA. È tempo di una vera politica per il lavoro di cura presso le famiglie,* in Fondazione Ismu.[/note] almeno su tre assi: integrazione dei *caregivers* nella rete territoriale dei servizi assistenziali e sanitari sulla base dei progetti di assistenza; tutela e qualificazione professionale del lavoro di cura domiciliare, utilizzando anche la leva della bilateralità; coerenti sostegni agli oneri burocratico/amministrativi ed ai costi economici dei rapporti di lavoro (agevolazioni fiscali, assegni servizi e simili, ma anche servizi di informazione, orientamento e consulenza).

In secondo luogo, la medicina e l’assistenza socioassistenziale e sociosanitaria territoriale sono un bene da salvaguardare e

potenziare sia per evitare di sovraccaricare gli ospedali (su cui molto si è insistito) sia perché da questa infrastrutturazione territoriale dipende in modo sostantivo la qualità della vita delle famiglie – di tutte le famiglie e in particolare le più fragili – nonché del sistema della cura presso il domicilio di cui si è appena detto. E a questo secondo punto non si è invece altrettanto prestato attenzione.

La non autosufficienza come banco di prova

Al riguardo è istruttivo quanto accaduto nell'ambito della non autosufficienza che coinvolge 3,1 milioni di persone oltre il 5% della popolazione (ma ben il 20% degli ultra65enni) di tutte le età in tutto il Paese.

L'emergenza sanitaria, le norme distanziamento sociale e il *lockdown* hanno agito come una cartina al tornasole, facendo emergere le falle della rete di protezione sociale, il sovraccarico e la penalizzazione delle famiglie già gravate di carichi di assistenza, la fragilità contrattuale e la precarietà occupazionale di larga parte degli/delle assistenti famigliari.

L'impatto con il Covid-19 ha messo a nudo la mancanza di una politica nazionale capace di abbracciare la strutturazione di questo ambito del welfare in una prospettiva di sistema, che il Piano nazionale per le non autosufficienze 2019-2021[note]GU Serie Generale n.28 del 04-02-2020.[/note], nonostante i contenuti apprezzabili, non ha assunto[note]Cgil-Cisl-Uil in una nota di commento pur apprezzando l'avvio di una programmazione triennale di livello nazionale evidenziano che il Piano, essendo vincolato all'attuale insufficiente entità del Fondo, si rivolge ad una platea ristretta degli aventi diritto senza porsi il tema in termini complessivi ed ha in sé una funzione proattiva più che prescrittiva, ad esempio con previsioni poco stringenti per l'indispensabile integrazione socio-sanitaria. Sul punto si veda anche Gori C., Pesaresi F., 2020, *PNNA: un giudizio ambivalente, in attesa della riforma*, in Lombardia sociale, 27 febbraio, www.lombardiasociale.it.[/note] , a dispetto del nome, delle elevate aspettative e delle numerose proposte. Vale la pena qui ricordare quella unitaria del febbraio 2018 di Fnp Cisl, Spi Cgil e Uilp Uil[note]Spi Cgil, Fnp Cisl, Uil pensionati, *Una proposta nazionale unitaria sulla non autosufficienza*, Roma 22 febbraio 2018.[/note].

In mancanza di un simile quadro nazionale, aspetti quali la frammentazione delle competenze tra i livelli istituzionali (Stato, Regioni, Comuni), lo sbilanciamento sui trasferimenti economici a discapito dello sviluppo dei servizi, la scarsa integrazione socio-sanitaria sono diventate volano di crescita delle diseguaglianze territoriali e sociali. Con territori che hanno risposto in modo disomogeneo all'emergenza. E famiglie costrette a individuare soluzioni *fai da te*, a farsi carico dell'assistenza direttamente come *caregiver* informali con tensioni che si riverberano in primo luogo sulla conciliazione vita/lavoro[note]Basti pensare che secondo l'Istat le persone con carichi di accudimento e cura sono oltre il 35% della popolazione e che oltre il 7% del totale di questi è occupato ed assiste non autosufficienti, cfr. Istat (2018), *Conciliazione tra lavoro e famiglia.*[/note] (vera sfida dell'impropriamente detto "smart" working), in molti casi impossibilitate a utilizzare l'assistenza famigliare di cui fruivano non solo per le ragioni sopra dette ma anche per il timore del contagio e la mancanza di strumenti e competenze idonei per fronteggiarlo.

La contrattazione sociale per la non autosufficienza: dai territori una risposta strategica per la politica nazionale

Si tratta di questioni che ben conosciamo, sulle quali la contrattazione sociale territoriale da tempo cerca di intervenire. Appaiono in questa luce di grande attualità le indicazioni emerse dal Rapporto 2019 dell'Osservatorio sociale Cisl e Fnp Cisl[note]Osservatorio sociale della contrattazione territoriale Cisl, Fnp-Cisl (2019), *Rapporto 2019. Per una Cisl di "prossimità". Il contributo della contrattazione sociale,* Lodigiani R., Riva E., Colombi M., a cura di, Edizioni Lavoro, Roma.[/note], e in particolare dall'approfondimento ivi dedicato alla contrattazione sociale nell'ambito della non autosufficienza. A rilevare non è solo il riscontro offerto dai dati sulla sua significativa *dimensione quantitativa*, ma anche il *profilo qualitativo* degli interventi.

Nel complesso, i soggetti non autosufficienti e i disabili sono stabilmente tra i target privilegiati della contrattazione sociale, attestando che questo ambito di intervento è prioritario per gli attori territoriali. Infatti sul totale della contrattazione documentata nel periodo 2013-2018, circa 1000 accordi ogni anno, più di un terzo prevede interventi per soggetti non autosufficienti (36,2%) e circa un quarto si rivolge ai soggetti con disabilità (25,7%). Nel 2018, sul totale degli accordi destinati ai soggetti non autosufficienti, la quota più cospicua prevede interventi che, nel campo delle politiche socio-familiari,

si focalizzano in prevalenza sull’assistenza domiciliare (39,1%) e sull’assistenza residenziale e semi-residenziale (39,1%). Relativamente alla contrattazione in favore dei disabili, in un quinto dei casi sono stati negoziati l’offerta di servizi socio-assistenziali (19,6%), in un ulteriore quarto, servizi socio-educativi (19,4%); seguono l’offerta di servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale (che ricorrono nel 16,2% dei casi), l’assistenza domiciliare (15,6%) e misure per l’inclusione sociale (6,0%).

Figura 1 – Accordi che prevedono interventi per soggetti non autosufficienti e disabili, per anno (% sul totale degli accordi validi)